

医療型短期入所事業データベース

< 基本情報 >

記入日

年 月 日

フリガナ				生年月日	年 月 日	ニック ネーム	
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳			
				月 日 現在			
住所	〒						
連絡先	自宅			携帯	続柄 ()		
所属学校等							
緊急連絡先 (同居家族)	連絡先①	名前			電話番号	メール	
	連絡先②	名前			電話番号	メール	
緊急連絡先 (同居家族以外)	氏名			フリガナ			関係性
	住所					電話番号	
感染症検査	<input type="checkbox"/> HBs抗原 () <input type="checkbox"/> HCV抗体 ()						
	<input type="checkbox"/> MRSA () <input type="checkbox"/> その他 ()						
アレルギー	食物						
	薬剤						
	その他						
禁忌事項							
小児慢性・ 指定難病	<input type="checkbox"/> 小児慢性	受給者番号				病名	
	<input type="checkbox"/> 指定難病	受給者番号				病名	
身体障害者 手帳	種・等級	第	種	・	級		
	障害名					障害名	
	障害名					障害名	
療育手帳	等級	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2					
精神障害者手帳	種・等級	第	種	・	級		
障害支援	区分	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6					
備考欄							

< 家族・連絡先 > ※家族の年齢は記入日時点

家族構成 名前・続柄・年齢	世帯人数 (本人含む)				人		主な介護者		ジェノグラム (家族図)		
	①	フリガナ		続柄		②	フリガナ			続柄	
		名前		年齢			名前			年齢	
	③	フリガナ		続柄		④	フリガナ			続柄	
		名前		年齢			名前			年齢	
	⑤	フリガナ		続柄		⑥	フリガナ			続柄	
		名前		年齢			名前			年齢	
⑦	フリガナ		続柄		⑧	フリガナ		続柄			
	名前		年齢			名前		年齢			
備考欄											

< 疾患情報等 >

病名											
これまでの経過	既往歴や入院歴など										
出生時状況	分娩	<input type="checkbox"/> 正常		<input type="checkbox"/> 異常 ()							
	在胎週数	週 日		出生時体重	g						
予防接種	五種混合	<input type="checkbox"/>	未	<input type="checkbox"/>	1回	<input type="checkbox"/>	2回	<input type="checkbox"/>	3回	<input type="checkbox"/>	追加
	四種混合	<input type="checkbox"/>	未	<input type="checkbox"/>	1回	<input type="checkbox"/>	2回	<input type="checkbox"/>	3回	<input type="checkbox"/>	追加
	三種混合	<input type="checkbox"/>	未	<input type="checkbox"/>	1回	<input type="checkbox"/>	2回	<input type="checkbox"/>	3回	<input type="checkbox"/>	追加
	二種混合	<input type="checkbox"/>	未	<input type="checkbox"/>	1回						
	ロタウイルス	<input type="checkbox"/>	未	<input type="checkbox"/>	1回	<input type="checkbox"/>	2回	<input type="checkbox"/>	(3回)		
	ヒブ	<input type="checkbox"/>	未	<input type="checkbox"/>	1回	<input type="checkbox"/>	2回	<input type="checkbox"/>	3回	<input type="checkbox"/>	追加
	肺炎球菌	<input type="checkbox"/>	未	<input type="checkbox"/>	1回	<input type="checkbox"/>	2回	<input type="checkbox"/>	3回	<input type="checkbox"/>	追加
	BCG	<input type="checkbox"/>	未	<input type="checkbox"/>	済						
	ポリオ	<input type="checkbox"/>	未	<input type="checkbox"/>	済						
	B型肝炎	<input type="checkbox"/>	未	<input type="checkbox"/>	1回	<input type="checkbox"/>	2回	<input type="checkbox"/>	追加		
	水痘	<input type="checkbox"/>	未	<input type="checkbox"/>	1回	<input type="checkbox"/>	2回				
	おたふくかぜ	<input type="checkbox"/>	未	<input type="checkbox"/>	1回	<input type="checkbox"/>	2回				
	日本脳炎(第1期)	<input type="checkbox"/>	未	<input type="checkbox"/>	1回	<input type="checkbox"/>	2回	<input type="checkbox"/>	追加		
	日本脳炎(第2期)	<input type="checkbox"/>	未	<input type="checkbox"/>	1回						
	インフルエンザ	⇒	接種回数					回(直近6ヶ月以内)	最終接種日	月	日
新型コロナ	⇒	接種回数					回	最終接種日	月	日	
内服薬	薬名、飲む時間、回数、量、飲ませ方など										
体調不良時の対応方法など											
備考欄											

< 本人の状況 >

体温 (平熱)	°C	SPO2 (安静時)	%	心拍数 (安静時)	/分		
身長	cm	体重	kg		BMI		
障害	<input type="checkbox"/> 視覚障害あり <input type="checkbox"/> 聴覚障害あり						
運動機能	<input type="checkbox"/> 寝返り可 <input type="checkbox"/> 支えありで座位可 <input type="checkbox"/> 支えなしで座位可 <input type="checkbox"/> 膝立ち可 <input type="checkbox"/> つかまり立ち可 <input type="checkbox"/> 立位可 <input type="checkbox"/> その他 ()						
移動・移乗	移動方法						
	移乗方法						
	注意点など						
筋緊張	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
装具	<input type="checkbox"/> 装具なし 装具の内容 <input type="checkbox"/> 装具あり ()						
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 自分の意志を言葉で伝えることができる <input type="checkbox"/> 二語文以上の会話ができる <input type="checkbox"/> 単語で会話することができる <input type="checkbox"/> 話すことは難しいが、意思伝達の方法がある(身体や顔の動き等) <input type="checkbox"/> 自分の意志が伝えることができない <input type="checkbox"/> その他 ()						
	好きなこと、苦手なこと、こだわりなど						
食事	経口摂取の場合	食事方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <small>※経管栄養に✓をつけた場合は〈医療的ケア〉栄養管理も記入してください</small>				
		介助	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助なし				
		所要時間	約	分	食するときの姿勢		
		好きなもの			嫌いなもの		
		食事形態	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ゼリー状 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ()			
			パン	<input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> パン粥 <input type="checkbox"/> ゼリー状 <input type="checkbox"/> その他 ()			
			麺類	<input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> ゼリー状 <input type="checkbox"/> その他 ()			
			副食	<input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ゼリー状 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ()			
			とろみ調整剤	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ とろみの固さ ()			
			水分摂取方法	<input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> ストロー <input type="checkbox"/> その他 ()			
	注意点など						
排尿	回数	回/日					
	方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 導尿有り⇒ 回/日 ※導尿に✓をつけた場合は〈医療的ケア〉導尿も記入してください					
	注意点など						
排便	回数	回/日					
	方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> ポータブル					
	注意点など						

睡眠	睡眠時間	～	時頃	お昼寝時間	～	時頃
	環境や癖			不眠時の対応		
清潔	更衣	回／日 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	口腔ケア	回／日 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
		具体的な方法				
	入浴	回／週 入浴場所（ ） <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	注意点など					
てんかん	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
	発作の頻度					
	発作の特徴					
	発作時の対応					
状態について 注意することなど						
備考欄						

< 医療的ケア >

医療的ケア の種類	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう							
	<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 人工透析（血液透析） <input type="checkbox"/> 人工透析（腹膜透析）							
		<input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
呼吸	人工呼吸器	方法	<input type="checkbox"/> 気管切開下腸圧換気療法(TPPV) <input type="checkbox"/> 非侵襲的陽圧換気療法(NPPV)					
		機器名						
		頻度	<input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 調子が悪い時					
		設定	①換気モード		②呼吸モード		③吸気圧	
			④呼吸回数		⑤吸気時間		⑥PEEP	
			⑦P.S		⑧流量		⑨圧トリガー	
			⑩圧制御		⑪		⑫	
		アラーム設定	①高圧		②低圧		③高M.V	
	④低M.V			⑤RR上限		⑥無呼吸		
	⑦アラーム音量			⑧		⑨		
	気管切開	方法	<input type="checkbox"/> 単純気管切開 <input type="checkbox"/> 喉頭気管分離 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
		肉芽	検査の有・無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
			検査間隔 <input type="checkbox"/> ヶ月毎・ <input type="checkbox"/> 不定期 最終検査年月					
		カニューレ	カニューレの種類 内径 mm 入口から先端までの長さ cm カニューレ抜去時や気管切開部・気管内出血への対応など （ ）					
	在宅酸素	頻度	<input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 調子が悪い時					
流量		L/分						
		SPO ₂ %以下の場合						
機器		酸素濃縮器 機器名 <input type="checkbox"/> サチュレーションモニター使用あり						

呼 吸	吸引	部位	<input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> 鼻腔内 <input type="checkbox"/> 気管内 <input type="checkbox"/> 持続吸引 カテーテルのサイズ Fr 注意点 ()		
		頻度	<input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 調子が悪い時		
		機器名	<input type="checkbox"/> パワースマイル <input type="checkbox"/> ミニックDC <input type="checkbox"/> その他 ()		
	吸入	薬剤	薬剤名／量	/ ml	
			薬剤名／量	/ ml	
薬剤名／量			/ ml		
	時間				
	注意点				
栄 養 管 理	方法	<input type="checkbox"/> 経鼻胃管チューブ ⇒ サイズ Fr 挿入長さ cm <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう ⇒ チューブの種類 ⇒ サイズ Fr 挿入長さ cm ⇒ バルンの水の量 ml Yガーゼ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ⇒ チューブ抜去時の対応など () <input type="checkbox"/> その他 ()			
		<input type="checkbox"/> 経腸栄養用輸液ポンプ（カンガルーポンプ）使用あり 胃残量が ml未満の時、 そのまま予定量を注入する 胃残量が ~ mlの時、 胃残量が ml以上の時、 胃残の性状に異常がある場合の対応など ()			
	注入 内容	<input type="checkbox"/> ミルク・母乳 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 栄養剤 ⇒ <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <input type="checkbox"/> エンシュアリキッド <input type="checkbox"/> ラコール <input type="checkbox"/> メイバランス <input type="checkbox"/> エレンタール <input type="checkbox"/> イノラス </div> <input type="checkbox"/> その他 ()			
		速度	栄養剤 分で注入 水分 分で注入		
		注意点 など	注入時の姿勢、脱気のタイミングなど		
	導尿	サイズ	Fr 実施時間		
	注意点				
血 糖 測 定 ・ イ ン ス リ ン 注 射	血糖測定回数	1日 () 回 測定時間			
	薬剤名				
	注射時間				
	インスリン注射	<input type="checkbox"/> インスリンポンプの使用 基礎量 注入時間			
	注意点				
そ の 他 の 医 療 機 器 使 用 情 報	機器名				
	使用 方法等				
	頻度	<input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 調子が悪い時 <input type="checkbox"/> その他 ()			

< 1日のケア内容 >

時間	内 容		
	内服・注入	処置	体位変換
0:00～			
1:00～			
2:00～			
3:00～			
4:00～			
5:00～			
6:00～			
7:00～			
8:00～			
9:00～			
10:00～			
11:00～			
12:00～			
13:00～			
14:00～			
15:00～			
16:00～			
17:00～			
18:00～			
19:00～			
20:00～			
21:00～			
22:00～			
23:00～			

< 事前指示・頓用 >

発熱時	
嘔吐時	
便秘時	
SpO2低下時	

< 関係機関 >

かかりつけ医				
医療機関名	診療科	主治医	受診頻度	
訪問看護リハビリステーション				
事業所名	担当者名	職種	利用頻度	ケア内容
相談支援専門員 ・ 医療的ケア児等コーディネーター				
事業所名	担当者名	電話番号		
児童発達支援（未就学児） ・ 放課後等デイサービス（就学時） ・ 生活介護（卒業後）				
事業所名	曜日			
短期入所（ショートステイ）				
事業所名	利用日数			
居宅介護（ヘルパー） ・ 重度訪問介護				
事業所名	サービス名	利用時間		
移動支援・行動援護・訪問入浴・日中一時支援等				
事業所名	サービス名	利用時間		
医療機器の点検業者等				
医療機器名	業者名	電話番号	担当者	点検の頻度
個人情報利用に関する説明および同意書				
医療型短期入所事業所、または奈良県重症心身障害児者支援センターに提供した情報を、短期入所を利用するために、他の関係機関（医療型短期入所事業所、医療機関、通所事業所、訪問看護ステーション、行政機関、奈良県重症心身障害児者支援センター等）へ提供および情報収集することに同意します。				
年 月 日 氏名（本人） 氏名（同意者）				